

## IL PRINCIPIO DELL'INTANGIBILITÀ DEL CORPO: RIFLESSIONI PENALISTICHE SULL'HABEAS CORPUS CONTEMPORANEO\*

di Stefano Canestrari

*Il contributo si propone di esaminare la declinazione contemporanea dell'habeas corpus "penalistico". Il principio della intangibilità del corpo viene analizzato alla luce dei principi costituzionali, prendendo in considerazione alcune questioni cruciali: dall'inizio e fine vita, sino allo sciopero della fame dei detenuti e alla contenzione meccanica delle persone malate. Nel corso della trattazione, vengono posti in evidenza i molteplici pericoli di non vedersi garantito il diritto alla intangibilità della propria sfera corporea. Pertanto, in chiusura del contributo, si rende necessario riaffermare con decisione la natura non contendibile dell'habeas corpus, principio che costituisce una delle fondamenta dello Stato di diritto.*

SOMMARIO: 1. *Habeas corpus* "penalistico": la "sovranità sul proprio corpo" alla luce dei principi costituzionali. – 2. *Habeas corpus* della donna e interruzione volontaria di gravidanza. – 2.1. La necessità di rimarcare con fermezza la distinzione tra interruzione volontaria di gravidanza e l'aberrante categoria del c.d. aborto post-nascita. – 2.2. Gestazione per altri e aborto: un improprio parallelismo. – 3. *Habeas corpus* e questioni di fine vita: il diritto all'intangibilità del proprio corpo e la legge n. 219 del 2017 («Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento»). – 4. I dilemmi di una disciplina dell'aiuto medico a morire. – 5. *Habeas corpus* della persona detenuta in sciopero della fame. – 6. *Habeas corpus* della persona malata e illegittimità della contenzione meccanica. – 7. Rilievi di sintesi.

### **1. *Habeas corpus* "penalistico": la "sovranità sul proprio corpo" alla luce dei principi costituzionali.**

«*Che tu abbia il corpo*». L'incipit di una riflessione che ha ad oggetto il "rapporto" tra corpo, diritti e diritto penale non può che originarsi dalla traduzione letterale del concetto di *habeas corpus*, con il quale, nel 1215, l'anno di entrata in vigore della *Magna Charta*, si è descritta l'antica promessa dei re ad ogni uomo libero, in virtù della quale, da quel momento, nessuna "mano" avrebbe potuto essere "messa" su di lui, se non a seguito di un giudizio conforme alle leggi del Paese<sup>1</sup>.

Un principio che sarebbe traslato – con l'avvento dello Stato liberale e della teoria del contratto sociale – nell'affermazione dell'invulnerabilità dell'individuo quale

---

\* Il testo del presente contributo riprende quello dell'omonimo saggio destinato agli Scritti in memoria del Prof. Carlos María Romeo Casabona.

<sup>1</sup> RODOTÀ (2010), p. 176.

autolimitazione del potere statale, fondativa della stessa costituzione degli ordinamenti<sup>2</sup>. Un limite invalicabile all'esercizio del potere politico nei confronti dei consociati, che vive ancora oggi, come chiaramente si evince da quella che è stata, nel nostro ordinamento, la sua traduzione costituzionale, rivolta più in generale ad ogni persona: «la libertà personale è inviolabile» (art. 13 Cost.) e solo la legge può determinare le modalità con cui eventuali provvedimenti privativi della stessa possono essere adottati dall'autorità giudiziaria.

Ma l'*habeas corpus* è anche altro: assunta la prospettiva del singolo, infatti, diviene la base imprescindibile della libertà di disporre della sua dimensione corporea. Se già Locke aveva parlato di «proprietà della propria persona»<sup>3</sup>, definendo ciascun individuo come *dominus sui*, il “moderno” *habeas corpus* assume le vesti di un diritto di libertà di cui la persona risulta essere l'unica titolare riconosciuta e riconoscibile, in quanto è lei ad “avere” il corpo ed è lei che, nel vivere, si determina, decidendo su di esso<sup>4</sup>. Con l'avvento del costituzionalismo del secondo dopoguerra, questa seconda e nuova dimensione si è integrata con il binomio «persona-dignità», su cui, superando quello «libertà-proprietà», è stato declinato il nucleo fondamentale delle Carte costituzionali: il centro nevralgico, a partire dal quale si irradiano tutti gli altri diritti<sup>5</sup>. È così che il corpo e la vita del singolo escono dallo schema della “proprietà” di matrice liberale per entrare in quello della “personalità”, dove risiedono tutte le scelte dell'individuo afferenti al governo della propria esistenza.

La centralità della persona diviene l'anima delle Costituzioni contemporanee, come si evince a chiare lettere, guardando alla nostra realtà, dal dettame dell'art. 2 Cost. e, a seguire, dalla scelta dell'Assemblea costituente di ribadire al successivo art. 32, comma 2, Cost. il divieto di sottoporre chiunque a trattamenti sanitari obbligatori, se non nel ristretto numero di casi previsti dalla legge e fermo restando l'insuperabile limite del rispetto della persona umana. Senza, dunque, la necessità di richiamare il concetto di «autodeterminazione», la sovranità su se stessi irradia il nucleo dei principi costituzionali: il personalismo e l'invulnerabilità del corpo, figli del secolare *diktat* «che tu abbia il corpo»<sup>6</sup>, pervadono e nutrono le prerogative fondamentali riconosciute

---

<sup>2</sup> Cfr. l'inglese *Habeas Corpus Act* del 1679. A cui si devono aggiungere, nell'ambito della teorizzazione del contratto sociale, le considerazioni di Locke nel *Secondo trattato sul governo* (LOCKE (1690), sez. 87, consultato nell'edizione ristampata in lingua inglese ID. (1980) e di Rousseau nell'opera *Il contratto sociale* (ROUSSEAU (2003), *passim*).

<sup>3</sup> LOCKE (1690), sez. 27, dove il filosofo inglese afferma «*Though the earth, and all inferior creatures be common to all men, yet every man has a property in his own person: this no body has any right to but himself*». Sulle peculiarità dell'accezione della proprietà nel concetto di «proprietà di sé» e sulla sua assimilazione all'idea di disponibilità di se stessi – ossia del proprio corpo, della propria vita e libertà – che non arriverebbe però a ricomprendere la possibilità di “alienarsi”, si rinvia alle osservazioni di FACCHI (2018), pp. 427 ss. (spec., sul punto, p. 441 s.).

<sup>4</sup> Nel 1800 il concetto di “proprietà” cede spazio a quello di “sovranità” su di sé, come esplicitamente affermato da MILL (1991), p. 13 (ed. or. *On Liberty*, 1859), quando rileva che «su sé stesso, sul suo corpo, sulla sua mente l'individuo è sovrano».

<sup>5</sup> V. BARBERA (2013), pp. 1 ss.

<sup>6</sup> Come rilevato da RODOTÀ (2017), p. 370, all'art. 32 Cost. il legislatore costituente con una «intuizione rivelatrice» ha attribuito «rilievo al rapporto tra persona e corpo».

dall'ordinamento. Posta a monte la centralità dell'individuo, l'*habeas corpus* così si evolve divenendo non più (solo) un'autolimitazione del potere statale, ma ancor di più un «trasferimento di potere, anzi di sovranità»<sup>7</sup> alla persona.

Nel costante dialogo con i “corpi” e i loro titolari, le sfide poste dall'«era della riscoperta del corpo»<sup>8</sup> hanno portato (e porteranno sempre di più) gli ordinamenti ad interpellare se stessi e a dover ribadire l'indiscussa centralità del più volte richiamato principio. In particolare, ciò ha avuto luogo nell'ambito di vicende afferenti all'universo del biodiritto, le quali gravitano, per definizione, attorno ai problemi di tutela della vita, dell'integrità del corpo e della salute.

## **2. Habeas corpus della donna e interruzione volontaria di gravidanza.**

Innanzitutto, si deve fare riferimento alla scelta di bilanciamento operata dal legislatore con la l. 22 maggio 1978, n. 194 – con la quale si è introdotta in Italia la disciplina dell'interruzione volontaria di gravidanza – dove il richiamo al diritto alla salute della gestante si pone non solo come fondamento dell'accesso alla procedura, ma anche come giustificazione del sacrificio della tutela del concepito. Disancorandosi dalle scelte operate dall'allora modello statunitense<sup>9</sup>, il legislatore italiano della fine degli anni '70 ha infatti optato per articolare la disciplina dell'interruzione volontaria di gravidanza slegandola dai concetti di *privacy* ed *autodeterminazione* e prediligendo la via di fondarla sulla tutela della salute della donna (art. 32 Cost.).

La vita del concepito, pertanto, può essere legittimamente sacrificata quando si tratta di evitare un pericolo per la vita della gestante ovvero un pericolo di grave pregiudizio alla sua salute fisica o psichica, sulla base di una attestazione medica che tenga conto delle condizioni di vita presenti o future della gestante stessa. Mediante un simile collegamento è possibile ravvisare che, oltre alla libertà di scelta, è l'intangibilità della sfera corporea della donna che viene ad essere riconosciuta.

Assumendo una simile prospettiva, anche gli insidiosi e ricorrenti tentativi di criminalizzazione dell'aborto ispirati all'idea dell'*equiparazione totale del concepito al nato*,

---

<sup>7</sup> RODOTÀ (2010), 179. Secondo ZATTI (2011), p. 123, «affermare un “principio” di sovranità riguardo al “proprio” corpo significa affermare un “potere originario”, [vorrei dire] “naturale” nel senso in cui si connota una realtà che non è *costituita* dal diritto positivo».

<sup>8</sup> RODOTÀ (2017), p. 366.

<sup>9</sup> Nella celebre decisione *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113, 22 gennaio 1973 (così come in *Doe v. Bolton*, 410 U.S. 179, 22 gennaio 1973), infatti, la Corte suprema degli Stati Uniti aveva postulato la sussistenza di un diritto all'aborto, rinvenendone il fondamento nel diritto alla *privacy*, stabilito dal XIV emendamento, e ribadendo che da ciò derivava la prevalenza del diritto ad autodeterminarsi della madre rispetto alla vita umana del concepito. Come noto, con la pronuncia *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization* del 24 giugno 2022, i giudici supremi statunitensi hanno operato un “ribaltamento” delle conclusioni di *Roe v. Wade*, arrivando, di fatto, a sancire la «fine» del diritto all'aborto sino ad allora conosciuto, da intendersi quale diritto costituzionale tutelabile mediante la c.d. *due process clause*, e rimettendo la scelta della normativa sull'interruzione di gravidanza ai singoli legislatori statali. Sul punto sia consentito il rinvio a CANESTRARI (2023a), pp. 52 ss.

che, da tempo, si manifestano con pervicacia in molti Stati americani<sup>10</sup>, trovano quindi un solido argine nel riconoscimento di un diritto fondamentale: l'*habeas corpus* della donna, la quale non può essere costretta a un proseguimento della gravidanza e a una maternità coatta<sup>11</sup>.

Inoltre, se lo sguardo si sposta sulle pagine dei tempi più recenti, l'*“overruling”* della Corte suprema statunitense è indubbiamente indice di un mutamento “in atto”: una tendenza ad una limitazione stringente all’accesso all’interruzione volontaria di gravidanza che sembrava essere il retaggio di epoche passate o appartenere a tradizioni normative lontane dalle nostre. Il riferimento è – guardando ora all’area europea – ad esempio alla normativa polacca in tema di accesso all’interruzione volontaria di gravidanza, oggetto di più di una condanna da parte della Corte di Strasburgo<sup>12</sup>.

La penalizzazione dell’aborto, fondata sull’idea dell’equiparazione totale del concepito al nato – con la conseguente coercizione giuridica della donna a una maternità non voluta e l’induzione all’aumento di pratiche abortive clandestine con l’effetto concreto di rischi per la vita della gestante<sup>13</sup> – contrasta infatti con un diritto fondamentale della donna sul proprio corpo: il suo diritto inviolabile a non essere costretta a diventare madre contro la propria volontà<sup>14</sup>.

### 2.1. La necessità di rimarcare con fermezza la distinzione tra interruzione volontaria di gravidanza e l’aberrante categoria del c.d. aborto post-nascita.

Il riferimento al principio *non contendibile dell’intangibilità del corpo* ci consente di analizzare problematiche ulteriori distinguendo con chiarezza la questione dell’aborto dall’aberrante categoria dell’“aborto post-nascita”.

In un articolo pubblicato su una prestigiosa rivista britannica<sup>15</sup>, si è infatti sostenuto che, se l’aborto su richiesta dei genitori è ritenuto ammissibile in determinate

---

<sup>10</sup> Una concezione che è stata recepita, ad esempio, nella legge del South Dakota del 2006, abrogata con referendum del 7 novembre 2006, la quale consentiva l’aborto solo per salvare la vita della madre.

<sup>11</sup> Sul problema dell’aborto, si vedano le chiare osservazioni di FERRAJOLI (2010), p. 248: «È in questione insomma, ben prima di una *facultas agendi*, un’immunità, un *habeas corpus*, ossia la “libertà personale” sancita come “inviolabile” dall’art. 13 nella nostra Costituzione, che è una “libertà da” “restrizioni”, quali sono appunto la coercizione giuridica a diventare madre».

<sup>12</sup> Cfr. la storica pronuncia Corte EDU, 20 marzo 2007, *Tysiāc c. Polonia* (ric. n. 5410/03), altresì Corte EDU, 26 maggio 2011, *R.R. c. Polonia* (ric. n. 27617/04). La Corte costituzionale polacca con la pronuncia del 20 ottobre 2020 è intervenuta limitando ulteriormente le possibilità di accesso all’interruzione volontaria di gravidanza (dichiarando incostituzionale la legislazione laddove consentiva di accedere alla pratica nel caso in cui dagli esami prenatali emergesse l’elevata probabilità di una malattia incurabile o di una menomazione del feto). Più di recente, si veda Corte EDU, *M.L. c. Polonia*, 14 dicembre 2023 (ric. n. 40119/2021).

<sup>13</sup> In proposito cfr., ad es., FRANCESCUTTO (2017), p. 619, laddove afferma con chiarezza che l’unica conseguenza certa della proibizione dell’aborto o della sua eccessiva limitazione è un aumento degli aborti clandestini con le gravi conseguenze di cui si è detto.

<sup>14</sup> Pertanto, si ritiene che la costituzionalizzazione di un “nuovo diritto” – *id est* il diritto all’aborto – non è necessaria: questo, infatti, trova già fondamento nel testo costituzionale (art. 13 Cost.).

<sup>15</sup> Cfr. GIUBILINI e MINERVA (2013), pp. 261-263.

circostanze, allora anche l'infanticidio dovrebbe logicamente essere consentito quando le condizioni siano significativamente simili. L'originalità di questo scritto – rispetto ai noti contributi di Tooley<sup>16</sup> e Singer<sup>17</sup> – consiste nell'aver coniato un termine nuovo, quello, appunto, di «aborto post-nascita», per distinguere la condotta che si intende legittimare dall'infanticidio.

La tesi bioetica in base alla quale le ragioni ritenute valide per giustificare l'aborto possono essere estese anche al periodo successivo al parto è tuttavia inaccettabile. La sua ricaduta sul piano penalistico sarebbe “raccapricciante”. Da questa, nella specie, conseguirebbe che l'uccisione del neonato non dovrebbe essere ricondotta nell'ambito dei delitti di omicidio o di infanticidio, ma in una sfera penalmente lecita definita, come si ricordava poc'anzi, «aborto post-nascita».

Muovendo proprio dalle osservazioni che si sono svolte sin dall'avvio del presente scritto, deve risultare evidente che l'assimilazione tra il contesto post-nascita e l'aborto appare del tutto priva di fondamento; questo trova conferma anche nel fatto che, per rafforzare l'analogia – controintuitiva e fallace – tra aborto e infanticidio, gli Autori citati sono costretti ad articolare la loro posizione con un'argomentazione paradossale. Vale a dire, nel caso in cui il bambino risultasse essere «indesiderato», l'aborto post-nascita rappresenterebbe la soluzione preferibile rispetto a quella di un'eventuale adozione del neonato.

A prescindere dai rilievi sulla coerenza logica della tesi qui criticata, può dirsi aberrante l'idea che l'aborto post-nascita sia ammissibile perché non si riconosce comunque al neonato lo *status* di persona e dunque il diritto alla vita. Di fronte ad una simile giustificazione morale del “neonaticidio” il giurista penalista deve reagire con forza: è necessario riaffermare in modo netto che la soglia della nascita è il momento per l'attribuzione della qualità di essere umano e di un diritto alla vita non bilanciabile.

Eventuali proposte di liceizzazione dell'infanticidio minerebbero le fondamenta su cui poggiano tutte le carte internazionali, a partire dalla *Dichiarazione universale dei diritti umani* dell'ONU, che fu scritta nel 1948 dopo il nazismo per affermare il valore della dignità umana e riconoscere pari diritti a tutti gli esseri umani.

## 2.2. *Gestazione per altri e aborto: un improprio parallelismo.*

Se la connessione con la sovranità sulla sfera corporea e la sua intangibilità deve essere ribadita con forza in materia di interruzione volontaria di gravidanza – dove occorre rimarcare la centralità dell'*habeas corpus* della donna –, vi sono circostanze in cui si corre il rischio di operare scivolose “equiparazioni tematiche”.

Il riferimento, in particolare, è alla tendenza ad “assimilare” – peraltro con i pericoli che ne derivano – il discorso relativo alla gestazione per altri con quello concernente l'aborto. Se nel secondo caso siamo dinnanzi a vicende in cui l'unica

---

<sup>16</sup> Cfr. TOOLEY (1972), pp. 37 ss.

<sup>17</sup> Cfr. SINGER (1989).

protagonista, assieme al concepito, è la gestante (dunque la “titolare” del corpo), l’articolazione della gestazione per altri, all’opposto, concerne situazioni “contrattualizzate” in cui il corpo della madre gestante si trova a subire una sorta di “destinazione d’uso”. Il che comporta una perdita, per la stessa donna, della piena possibilità di esercitare, nel corso della gravidanza, il suo diritto ad autodeterminarsi, liberamente, sul proprio corpo<sup>18</sup>.

L’*habeas corpus* infatti può essere richiamato solamente quando si tratta di riconoscere la piena sovranità del singolo “su se stesso”; appare quindi improprio invocarlo a fondamento di aperture normative, il cui oggetto concerne situazioni del tipo di quelle descritte.

### **3. Habeas corpus e questioni di fine vita: il diritto all’intangibilità del proprio corpo e la legge n. 219 del 2017 («Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento»).**

Nel ribadire che il diritto all’intangibilità del corpo e alla sovranità su di esso è un principio non contendibile è necessario sottolinearne, oltre al suo carattere primario, la sua imprescindibile trasversalità: esso non può che rivolgersi ad *ogni persona* e ad *ogni corpo*.

In tali termini si è – condivisibilmente – espresso anche il legislatore nella l. 22 dicembre 2017, n. 219 («Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento»), dove – nel sancire per legge quanto ampiamente condiviso

---

<sup>18</sup> Concordo con l’orientamento che ritiene che un’apertura normativa alla gestazione per altri finirebbe per indurre le donne che si trovano in condizioni di vulnerabilità economica ad affittare o vendere parti del loro corpo (da ultimo, per l’interessante prospettiva da filosofa politica dell’Autrice, PAZÉ (2023); sul punto, cfr. anche la mozione del CNB, *Maternità surrogata a titolo oneroso* del 18 marzo 2016, consultabile in <https://bioetica.governo.it>). Un’analogia con la disciplina dell’interruzione volontaria di gravidanza, proposta talvolta per introdurre una regolamentazione della GPA, appare comunque fallace: il dilagare del fenomeno dell’aborto clandestino e illegale è noto nei Paesi che vietano l’interruzione volontaria della gravidanza, mentre l’esistenza di gruppi di donne che vogliono intraprendere una gravidanza per altri si riscontra soltanto nei Paesi che hanno introdotto un “mercato legale” di tale pratica (cfr. ancora PAZÉ (2023), spec. pp. 107-110). In ogni caso, a prescindere da una valutazione sul divieto penale della gestazione per altri, non si può certo concordare sulla scelta del nostro legislatore di rendere punibile, secondo la legge penale italiana, la c.d. surrogazione di maternità anche qualora realizzata integralmente all’estero: l’introduzione di un “reato universale” rivela un utilizzo in chiave simbolica ed eticizzante del diritto penale (confermano, tra gli altri, PULITANÒ (2023b), pp. 13 ss.; MANACORDA e COLACURCI (2024), pp. 19 ss.; per un approfondimento delle proposte di legge che miravano ad estendere l’ambito spaziale dell’art. 12, comma 6, l. n. 40/2004, si rinvia, p.t., a GATTA (2023), pp. 153 ss.). Come noto, la pratica della gestazione per altri difetta di quella riprovazione in senso universale che dovrebbe giustificare l’estensione extraterritoriale della giurisdizione; inoltre, la nuova normativa rischia di comprimere ulteriormente la tutela del minore nato da tale pratica, in contrasto con le condivisibili indicazioni della Corte europea dei diritti dell’uomo, fatte proprie anche dalla nostra Corte costituzionale.

e già ribadito, prima di allora, a livello giurisprudenziale<sup>19</sup> e dottrinale<sup>20</sup> – ha previsto che tanto il consenso informato alle cure quanto il diritto, in qualsiasi momento, a rinunciare ai trattamenti sanitari (o a rifiutarli) trovano il loro fondamento negli artt. 2, 13 e 32 Cost. nonché negli artt. 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea<sup>21</sup>. Si è quindi sancito, nella legge, un diritto universale, che si rivolge a chiunque, indipendentemente dalla sua condizione o stato.

La normativa, infatti, seppur sia diventata nota – soprattutto nel dibattito pubblico – come la «legge sul testamento biologico», ha in realtà una portata che va ben oltre la previsione della disciplina delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), poiché coinvolge l’intera materia del consenso informato, andando a recepire i principi di matrice costituzionale che concernono l’alleanza terapeutica, da intendersi come il rapporto di fiducia “medico-paziente”. È in virtù di tale assunto che la scelta di non prevedere all’interno della citata legge un diritto all’obiezione di coscienza si manifesta in piena coerenza con la *ratio* della normativa la quale, essendo mossa dall’intento di promuovere e valorizzare la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico basata sul consenso informato, non nasce dal contemperamento tra valori configgenti. A differenza, quindi, della legge sulla interruzione di gravidanza, nella legge n. 219 del 2017 non è necessario alcun bilanciamento tra beni meritevoli di tutela da parte dello Stato e in collisione tra loro.

---

<sup>19</sup> Basti ricordare quanto asserito dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 438/2008, dove, ribadendo che il consenso informato è un diritto della persona, se ne è ravvisato il fondamento costituzionale nei già menzionati artt. 2, 13, 32 Cost.

La recentissima sentenza della Corte costituzionale n. 135 del 2024 (sul concetto di trattamenti di sostegno vitale) – si veda la relativa scheda su [www.sistemapenale.it](http://www.sistemapenale.it) del 18 luglio 2024 – ribadisce con parole chiare (punto 5.2. del *Considerato in diritto*) che, secondo l’art. 32, comma 2, Cost., «[...] nessuno può essere infatti «obbligato» – e tanto meno fisicamente “costretto” – a sottoporsi a un trattamento sanitario sul proprio corpo e nel proprio corpo. L’esecuzione di un tale trattamento violerebbe, oltre che l’art. 32, secondo comma, Cost., l’art. 13 Cost. (sentenza n. 22 del 2022, punto 5.3.1. del *Considerato in diritto*), il cui contenuto minimo di tutela protegge la persona contro ogni forma di coazione sul corpo (sentenze n. 127 del 2022, punto 4 del *Considerato in diritto*; n. 238 del 1996, punto 3.2. del *Considerato in diritto*), nonché lo stesso diritto fondamentale all’integrità fisica della persona, espressamente riconosciuto dall’art. 3 CDFUE, ma riconducibile, assieme, al novero dei “diritti inviolabili della persona” di cui all’art. 2 Cost. e all’area di tutela del diritto alla vita privata proclamato dall’art. 8 CEDU».

<sup>20</sup> Nella letteratura penalistica cfr., tra gli altri, SEMINARA (2011), pp. 189 ss. – laddove parla di diritto inviolabile a non essere sottoposto a terapie mediche contro la propria volontà (che si richiama altresì per ulteriori riferimenti bibliografici) e VALLINI (1998), pp. 1426 ss. Nell’ambito della dottrina giuspubblicistica, si veda, per tutti, VERONESI (2011), pp. 137 ss. anche per altri richiami alla letteratura costituzionalistica.

<sup>21</sup> Sia consentito il rinvio a CANESTRARI (2023a), pp. 68 ss. oltre che, per uno specifico commento alla normativa richiamata, a ID. (2018), pp. 1-19. Seppur non manchino, in dottrina, voci che sostengono che esiste un (ricavabile) diritto costituzionale all’autodeterminazione, ritengo preferibile rinvenire nell’*habeas corpus* il fondamento costituzionale della libertà di disporre della propria sfera personale e corporea e, di conseguenza, leggere il diritto a rinunciare/rifiutare alle cure nei termini di una sua forma di manifestazione. Aderisce con nettezza a questa impostazione anche la sopra citata sentenza della Corte costituzionale n. 135 del 2024 (v. nota 19). Per un’approfondita disamina in chiave comparata delle prese di posizione delle Corti supreme e costituzionali, cfr. VIGANÒ (2023b), pp. 7 ss.

Dunque, a mio avviso, la legge n. 219 del 2017 non deve essere modificata, bensì applicata in tutte le sue previsioni normative<sup>22</sup>. E va difesa con convinzione ed energia dai ricorrenti attacchi provenienti da correnti di pensiero di frequente contrapposte.

Da un lato, il recente disegno di legge “Gasparri”<sup>23</sup> invoca una duplice modifica del testo: (a) eliminare la chiara e condivisibile presa di posizione sulla qualificazione normativa della nutrizione artificiale e della idratazione artificiale come trattamenti sanitari (art. 1, comma 5), assunta dal legislatore del 2017 in piena sintonia con il parere delle principali società scientifiche dei professionisti della salute; (b) introdurre l’obiezione di coscienza per i professionisti sanitari nei confronti dei contenuti della legge (DAT, sedazione palliativa profonda continua, pianificazione condivisa delle cure, ecc.). Come appare evidente, l’accoglimento di tali proposte di riforma finirebbe per vanificare l’affermazione dei diritti della persona malata contenuti in una limpida ed efficace disciplina organica della relazione di cura e di fiducia tra medico e paziente.

Sul versante opposto, non si può condividere l’idea di una “rilettura” della legge n. 219 del 2017 per aprirne la portata all’aiuto medico a morire, da operarsi attraverso un’assimilazione del rifiuto/rinuncia ai trattamenti sanitari alle fattispecie eutanasiche. Mi limito a sottolineare che una simile equiparazione «non rispetta» e «non rispecchia» l’ampia varietà di motivazioni dei pazienti che rifiutano o rinunciano a trattamenti sanitari anche salvavita, le quali non sono sempre riconducibili ad una volontà di morire.

Non intendo fare riferimento soltanto al rifiuto di sottoporsi alle trasfusioni ematiche per convinzioni religiose; penso alle vicende di tante persone malate che rifiutano trattamenti sanitari *life saving* (ad esempio, l’amputazione dell’arto o altri interventi chirurgici demolitori) o rinunciano al loro proseguimento (come un ulteriore ciclo di chemioterapia) con l’intenzione di garantirsi un percorso di vita, talvolta anche breve, in armonia con la propria sensibilità e con la propria identità personale.

A prescindere dalle motivazioni, occorre essere pienamente consapevoli che, nelle ipotesi in cui il paziente rifiuta o rinuncia al proseguimento di trattamenti sanitari anche necessari alla propria sopravvivenza, il diritto della persona malata assume la consistenza dei diritti dell’*habeas corpus* e trova la sua necessaria e sufficiente giustificazione nel diritto all’intangibilità della propria sfera corporea in tutte le fasi dell’esistenza<sup>24</sup>.

L’equiparazione del diritto all’intangibilità corporea al c.d. diritto di morire (comprensivo di suicidio assistito ed eutanasia) determinerebbe un inevitabile ed intollerabile “affievolimento” del primo<sup>25</sup>, basti pensare alla necessità di porre

---

<sup>22</sup> Anche in questa sede desidero ribadire la mia radicata convinzione che l’indispensabile applicazione, valorizzazione e diffusione dei contenuti e degli istituti contemplati nella legge n. 219 del 2017 possa avere un potente effetto preventivo nei confronti di moltissime richieste di aiuto medico a morire, anche se non di tutte.

<sup>23</sup> D.d.l. presentato al Senato in data 26 marzo 2024, S. n. 1083, XIX legislatura, *Modifiche all’art. 580 del codice penale e modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di disposizioni anticipate di trattamento e prestazione delle cure palliative*, in corso di esame in commissione, consultabile in [www.senato.it](http://www.senato.it).

<sup>24</sup> Conferma, come detto, la recente sentenza della Corte cost. n. 135 del 2024, in tema di trattamenti di sostegno vitale, commentata da CONSULICH (2024), pp. 1071 ss.

<sup>25</sup> D’altro canto, è stata la stessa Corte costituzionale, nella celebre sentenza n. 242 del 2019, a non riproporre

nuovamente in discussione la questione dell'obiezione di coscienza dei professionisti della salute<sup>26</sup>.

In effetti, le posizioni di chi opera una simile equiparazione nella prospettiva di affermare l'esistenza di un "diritto di morire"<sup>27</sup> rischiano, tra l'altro, di incorrere in un pericoloso contro-effetto: quello di limitare i diritti sanciti dalla legge n. 219 del 2017. In questa prospettiva, si segnala l'impostazione di Massimo Donini, il quale definisce «tre forme di congedo», rispettivamente: «il diritto di rifiutare le cure e di raggiungere così anche un esito terminale (art. 32, comma 2, Cost. e 1, comma 5, l. n. 219/2017); il diritto di essere aiutato a morire mediante tecniche di sedazione profonda continua capaci anche di accelerare il processo terminale (art. 2, comma 2, l. n. 219/2017); il diritto di un aiuto attivo a raggiungere la morte direttamente e per mano propria (Corte cost. n. 242/2019)»<sup>28</sup>. L'Autore prosegue, affermando che «ciò che unisce il *riconoscimento giuridico* [corsivo nel testo] di questi tre diritti quando vengano esercitati con finalità terminale (il che è scontato solo per l'aiuto al suicidio, e salvo che sia richiesto come desiderio di aiuto esistenziale) è la compassione verso il malato che viva sofferenze intollerabili rese possibili dallo stesso stato della medicina, che prolunga artificialmente l'esistenza senza potere eliminare il dolore infinito di certe situazioni patologiche incurabili, anche se non terminali»<sup>29</sup>.

In primo luogo, ritengo essenziale rimarcare il fatto che la sedazione palliativa profonda continua è un trattamento sanitario che avvia la persona malata ad una morte naturale e ha come effetto l'annullamento totale della coscienza e un «sonno senza dolore» fino al momento del decesso<sup>30</sup>.

---

l'idea – prefigurata nella precedente ordinanza n. 207 del 2018 – di introdurre il diritto della persona malata a richiedere l'assistenza al suicidio tramite una modifica della legge n. 219 del 2017. Si sarebbe infatti trattato di un «innesto» di difficile attuazione in un tessuto normativo che si è posto l'obiettivo di valorizzare l'«incontro» tra l'autonomia decisionale del paziente e l'autonomia professionale del medico, con la finalità di superare una pervicace visione paternalistica senza mettere in discussione l'immagine tradizionale del medico costitutiva dello sfondo archetipico della sua professione. Di recente, segnala con incisività la necessità di non disciplinare l'aiuto medico a morire nell'ambito della l. n. 219/2017, in quanto una simile opzione finirebbe per «indebolire l'impianto generale della legge – che deve, invece, essere *in toto* salvaguardata», PASQUINO (2022), p. 113.

<sup>26</sup> Si rinvia, oltre che alle osservazioni svolte poc'anzi nel testo, ai contributi richiamati a nota 21.

<sup>27</sup> V., ad esempio, DONINI (2019), pp. 113-129 (spec. p. 121).

<sup>28</sup> DONINI (2020), p. 228.

<sup>29</sup> *Ibidem*.

<sup>30</sup> La sedazione palliativa profonda e continua non accelera né ritarda la morte, come si desume chiaramente dalla consolidata letteratura specialistica indicata nelle *Linee guida sulla sedazione palliativa dell'adulto*, Siaarti, Sicp, pubblicate nel Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma, 11 giugno 2023, con particolare riferimento ai pazienti in fase molto avanzata o terminale di malattia oncologica e cronico-degenerativa. Dunque, «il diritto di dormire per non soffrire prima di morire» (secondo la formula della legge francese Leonetti-Claeys del 2 febbraio 2016) – sancito dall'art. 2, comma 2, della legge n. 219/2017 – non può essere definito un diritto di essere sedato «in forma cripto-eutanasica [...] che i vari malati hanno iniziato ad esercitare negli ultimi tempi per non affrontare le lunghe e defaticanti battaglie dei ricorsi amministrativi e giurisdizionali a sostegno delle limitatissime forme di suicidio assistito» (così, invece, DONINI (2022), p. 1197). Pare piuttosto opportuno segnalare che, in Italia, i dati disponibili mostrano da tempo ampie differenze nelle pratiche di erogazione alla sedazione palliativa sia in relazione alle aree geografiche e culturali sia quanto ai diversi *setting* assistenziali – ospedale, *hospice*, assistenza domiciliare

In secondo luogo, è necessario avere piena consapevolezza delle conseguenze che potrebbero derivare dal richiamare la *pietas* verso la persona sofferente quale collante nelle diverse situazioni impropriamente assimilate. Il rischio è quello di creare una base argomentativa per sostenere una giustificazione “altra” – una sorta di “onere motivazionale” – anche a monte di una richiesta di rifiuto o rinuncia a trattamenti sanitari *life-saving*.

Una simile prospettiva non può essere accolta in quanto si ritiene, all’opposto, che nei casi di richiesta di non attivazione, di sospensione o di interruzione di trattamenti sanitari anche salvavita sul corpo della persona malata – una volta accertato il rifiuto o la rinuncia informati nell’ambito di una approfondita relazione medico-paziente che contempla, giustamente, anche l’ausilio di servizi di assistenza psicologica (art. 1, comma 5, legge n. 219 del 2017) – non sono necessari ulteriori motivazioni e requisiti. Non è necessario, dunque, alcuno “scrutinio dei cuori” da parte di “agenti compassionevoli”, ma una verifica accurata che tutte le informazioni rilevanti siano state comunicate e comprese: la drammaticità delle ragioni che fondano un rifiuto o una rinuncia a trattamenti sanitari necessari alla sopravvivenza comporta che l’investimento emotivo e l’impegno comunicativo, tra i protagonisti della relazione di cura, raggiungano la massima intensità<sup>31</sup>.

In definitiva, occorre estrema chiarezza su questo punto. In uno Stato laico, la persona malata ha sempre diritto ad essere curata e (se capace di agire) a rifiutare o rinunciare a trattamenti sanitari anche salvavita: soltanto uno stato etico arriverebbe a spingersi sino a valutare la bontà delle motivazioni del paziente consapevole delle sue decisioni.

Diverse invece sono le coordinate da seguire nel caso della richiesta di aiuto medico a morire (*id est*: morte volontaria medicalmente assistita), dove ritengo che siano assolutamente necessari condizioni e requisiti<sup>32</sup> (v. anche *infra*, § successivo).

Per concludere la riflessione proposta nel presente paragrafo, avendo analizzato alcuni dei “riflessi limitativi” che potrebbero coinvolgere la legge 219 del 2017, ben si comprende perché con energia e preoccupazione segnalò il pericolo di vedere affievolire le conquiste che abbiamo raggiunto con molta fatica e in tanti anni, se non addirittura quello di trovarsi ad assistere al naufragio di buone riforme.

---

(cfr. sul punto le *Linee guida sulla sedazione palliativa dell’adulto*, richiamate *supra*).

<sup>31</sup> L’affermazione che «il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura» (art. 1, comma 8) si impone, anche in questo contesto, come uno dei passaggi fondamentali della legge n. 219/2017.

<sup>32</sup> Su quest’ultimo punto sia consentito rinviare ai miei scritti citati nel presente lavoro (da ultimo, volendo, v. altresì CANESTRARI (2023), pp. 33 ss. con ulteriori riferimenti bibliografici). L’orientamento dominante della letteratura giuspenalistica condivide questo punto di vista, non riconoscendo un generale «diritto di ciascuno a determinarsi anche in ordine alla fine della propria esistenza». Nella prospettiva ora illustrata, seppur con diverse declinazioni, cfr. altresì, tra gli scritti più recenti, le riflessioni di: PULITANÒ (2022), pp. 1 ss.; SEMINARA (2023), pp. 199 ss.; CONSULICH (2024), pp. 1071 ss. e BARTOLI (2021), pp. 5-22. In una diversa prospettiva, si veda, tra gli altri, Tullio Padovani laddove si era espresso a favore dell’ammissibilità della richiesta di referendum sull’abrogazione parziale dell’art. 579 c.p. (PADOVANI (2022), pp. 20 ss.); a favore dell’ammissibilità del referendum, con argomentazioni coincidenti soltanto in parte con quelle di Padovani, cfr. altresì DONINI (2021), pp. 1 ss.

#### 4. I dilemmi di una disciplina dell'aiuto medico a morire.

Una disciplina in materia di aiuto medico a morire esige quindi una decisione da parte del legislatore, che sia figlia di un'autentica opera di bilanciamento, di fronte alla richiesta di essere aiutato a morire indotta da situazioni drammatiche, tra il diritto all'autodeterminazione del paziente e il diritto ad una tutela effettiva delle persone malate in condizioni di sofferenza.

In questa prospettiva, la discussione pubblica dovrebbe assumere come punto di partenza la questione che ho sempre considerato centrale: l'individuazione dei criteri in base ai quali considerare la decisione di chi richiede assistenza al suicidio libera, consapevole e stabile. In numerosi scritti ho affrontato tale problematica e in questa sede mi limito a riproporre in estrema sintesi alcune conclusioni cui sono pervenuto.

(a) Nei casi "tradizionali" di suicidio caratterizzati dalle indecifrabili "ferite dell'anima" – di frequente innescate da esperienze traumatiche: scomparsa di persone care, fallimenti sentimentali, difficoltà economiche, perdita del lavoro, condizioni di vita fortemente disagiate, ecc. – un fecondo dialogo interdisciplinare mi ha condotto a sostenere che non sia possibile stabilire o tipizzare criteri sicuri, né identificare soggetti (periti e/o valutatori) in grado di accertare la «lucidità» e la «stabilità» di una richiesta di agevolazione al suicidio. Di fronte all'ambivalenza e alla mutevolezza di una richiesta di aiuto al suicidio avanzata per ragioni di sofferenza di matrice psicologica o esistenziale da una persona non afflitta da gravi e irreversibili patologie organiche ritengo, dunque, giustificato il divieto di aiuto al suicidio; occorre infatti operare in una prospettiva di prevenzione, in particolare investendo risorse per valorizzare l'attività e il ruolo degli operatori di salute mentale, anche in contesti da troppo tempo colpevolmente trascurati<sup>33</sup>.

"Suicidio" e "aiuto medico a morire" (*id est*: morte volontaria medicalmente assistita) non devono essere equiparati: mi preme sottolineare che la diversità tra di essi risiede proprio nella loro "ontologia", da intendersi quale essenza dei due fenomeni in considerazione<sup>34</sup>.

A conferma di quanto appena rilevato, anche dalle indagini empiriche emerge che non può esserci una "sovrapposibilità sostanziale" tra i casi di suicidio tradizionale e le cosiddette EAS («*Euthanasia and Assisted Suicide*»). A ben vedere, infatti, la

---

<sup>33</sup> Si pensi al tragico fenomeno dei suicidi nelle carceri italiane, che dovrebbe sempre sollecitare la nostra sensibilità, con il macabro conteggio quotidiano dei morti (sul tema, il Comitato Nazionale per la Bioetica si era espresso con un importante parere del 25 giugno 2010, *Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici*, pubblicato anche in CANESTRARI (2014), pp. 135 ss.).

Di diverso tenore, come appare evidente, la questione relativa alla possibilità di valutare l'esistenza di una specifica forma di "distress psico-esistenziale" che si manifesta in una persona gravemente malata già coinvolta in un percorso clinico di cure palliative. Sul punto, cfr. le considerazioni di ORSI (2020), pp. 51 ss.

<sup>34</sup> CANESTRARI (2021), *passim*; ID. (2023b), pp. 35 ss., nonché CANESTRARI e CAPRONI (2021). In una diversa prospettiva, la recente e approfondita opera monografica dell'illustre filosofo FORNERO (2023), pp. 65 ss.; 145 ss.; nonché, nell'ambito di un'ampia disamina della mia impostazione, parr. 4.2., 4.3., pp. 133-145.

popolazione di riferimento dei “suicidi non assistiti” si caratterizza per variabili ben diverse rispetto a quella che si rivolge a pratiche di aiuto medico a morire; da ciò emerge che «suicidi e EAS sono due fenomeni tra loro poco sovrapponibili» e soprattutto che, dal punto di vista empirico, «chi chiede l’accesso alle EAS non sarebbe disponibile a commettere un suicidio non assistito»<sup>35</sup>.

(b) Ciò detto, occorre essere pienamente consapevoli che la discussione sugli ambiti di liceità dell’aiuto medico a morire dovrebbe riguardare esclusivamente l’assistenza medica a morire alle persone malate con gravi e irreversibili patologie organiche. In questo contesto è possibile individuare una figura in grado di svolgere il procedimento di verifica, che non può che essere il medico (*l’équipe medica*), con l’ausilio di operatori di salute mentale.

A questo punto, occorre chiedersi in quali costellazioni di casi esistono efficaci criteri di accertamento per valutare la richiesta del paziente – la persona malata in condizioni patologiche gravi, irreversibili e qualificate – di accedere all’aiuto medico a morire.

Per motivi di spazio in questa sede intendo porre in evidenza soltanto alcune delle questioni che ritengo più drammatiche e complesse. Nel caso rispetto al quale è stata “modellata” la sentenza n. 242 del 2019 per il medico è stato sicuramente possibile accertare in modo rigoroso una decisione consapevole, libera e stabile di richiedere un aiuto a morire.

Più in generale, con riferimento alle varieguate condizioni di un paziente con una malattia grave e irreversibile ma in grado di far cessare da solo la propria esistenza, mi limito qui a sottolineare le difficoltà relative all’accertamento di una decisione libera, consapevole e stabile di richiedere un aiuto medico a morire.

A ben vedere, anche se la verifica di una consapevole e stabile richiesta di avvalersi dell’assistenza medica a morire appare altamente problematica, non può certo dirsi preclusa: nello specifico, è necessario tenere sempre presente che la valutazione deve essere effettuata sul caso concreto, evitando “automatismi”, analizzando in modo approfondito la storia clinica, le sofferenze fisiche o psicologiche e la capacità decisionale del singolo paziente. In proposito, ritengo comunque decisiva una verifica approfondita sulla circostanza che la richiesta di aiuto medico a morire di “quel paziente” non sia originata dalla mancanza di supporto e assistenza, da un temibile e insidioso “abbandono sanitario”.

Si deve comunque prendere atto che i gravi e irreversibili stati patologici sono numerosi e pongono questioni di accertamento delicate, complesse e diversificate: basti pensare alle diverse tipologie di tumore dove le persone malate di frequente alternano sentimenti di disperazione o di rassegnazione ad atteggiamenti “partecipativi” e “combattenti”; oppure alla condizione clinica sempre più diffusa della “polipatologia”.

---

<sup>35</sup> COLOMBO e G. DALLA ZUANNA (2023), pp. 491-534, con ampi riferimenti alle ricerche condotte sui dati olandesi, belgi, svizzeri e degli Stati americani che hanno introdotto le EAS. Gli Autori evidenziano altresì con chiarezza che, nei casi di suicidio propriamente detto, l’azione può essere il frutto di una crisi momentanea o di un episodio di panico (*op. cit.*, p. 35). Sul concetto di suicidio e il suo inquadramento nel sistema penale spagnolo, si vedano le riflessioni di ROMEO CASABONA (2021), pp. 485 ss.

A mio avviso, dovrebbe risultare sempre più evidente che l'analisi di queste tematiche richiede un confronto ampio e considerazioni approfondite.

Appare dunque indispensabile un dialogo tra discipline scientifiche, un dibattito pubblico, un confronto (interno alle e) tra le forze politiche, una discussione parlamentare in grado di valorizzare effettivamente le tante competenze specialistiche che devono essere coinvolte. I diversi orientamenti dovrebbero comunque convergere su un aspetto di fondamentale importanza: una richiesta libera e consapevole di aiuto medico a morire è presente solamente in un contesto concreto in cui la persona malata goda di una reale e adeguata assistenza sanitaria (medica, psicologica e psichiatrica) e abbia effettivamente la possibilità – ma non l'obbligo – di accedere a tutte le cure palliative praticabili. Accesso alle cure e supporti adeguati devono essere garantiti a prescindere da quella che sarà la decisione legislativa in materia; una ponderata ed efficace opzione riformatrice presuppone allora una valutazione approfondita della realtà sanitaria del nostro Paese da parte del Parlamento.

## 5. *Habeas corpus* della persona detenuta in sciopero della fame.

Nel riprendere il filo rosso della riflessione, richiamo ancora una volta l'importanza di riconoscere la natura “non contendibile” dell'*habeas corpus*. L'assolutezza di un principio, quale quello dell'intangibilità della sfera corporea, a ben vedere, vive solo se questo “sopravvive” alla realtà dei fatti e se si ha la forza di “pretenderne” la vigenza.

È questo il cuore argomentativo della minoritaria Posizione (B)<sup>36</sup> del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) relativo ai quesiti ministeriali concernenti il cosiddetto “caso Cospito”, dove si è espressa una ferma opposizione al tentativo di “aprire una crepa” nell'applicazione della legge n. 219 del 2017, con riferimento alla drammatica questione dello sciopero della fame nelle carceri.

Occorre infatti ribadire con nettezza che il carattere trasversale del diritto di vivere tutte le fasi della propria esistenza senza subire trattamenti sanitari contro la propria volontà, avendo una derivazione logica dal diritto all'intangibilità della sfera corporea di ogni essere umano, si traduce in un'area di libertà “insindacabile”, il cui esercizio non può essere limitato da terzi sulla base di una contestazione delle

---

<sup>36</sup> Si veda la Posizione (B) del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Risposta ai quesiti del Ministero della Giustizia* del 6 marzo 2023, liberamente accessibile e consultabile su <https://bioetica.governo.it>. Il documento del CNB – con la parte relativa alle *Riflessioni condivise* e alle diverse Posizioni (A) maggioritaria, 19 voti, (B), 9 voti, (C), 2 voti – è stato pubblicato anche su *Sistema penale*, 7 marzo 2023, con la scheda di LAZZERI. Sottolineo che, oltre ai nove membri del CNB (Canestrari, Caporale, Mori, Savarino, Zuffa, Battaglia, d'Avack, Da Re, Garattini) che hanno sottoscritto la Posizione (B), redatta da chi scrive, la stessa ha ricevuto l'adesione dei membri invitati permanenti della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, dell'Istituto Superiore di Sanità e della Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani. Cfr., in senso conforme alla Posizione (B), anche le considerazioni di CASONATO e PUGIOTTO (2023), p. 414.

motivazioni che hanno portato il singolo ad operare la sua scelta, né tantomeno in virtù della condizione in cui si trova a vivere<sup>37</sup>.

Intraprendere la nutrizione artificiale forzata in carcere, dinnanzi al pericolo di morte di un detenuto che rifiuta liberamente e consapevolmente di nutrirsi, non può dunque dirsi un'opzione accettabile, perché contrasta in primo luogo con il diritto del detenuto di non essere sottoposto a trattamenti sanitari coattivi (artt. 2, 13, 32 Cost.; art. 1, l. 219 del 2017). Inoltre, si pone in antitesi con il diritto alla vita privata tutelato, a livello sovranazionale, dall'art. 8 CEDU, che va letto considerando la consolidata interpretazione della Corte EDU in materia, oltre che, guardando al diritto dell'Unione, con l'art. 3 della Carta di Nizza<sup>38</sup>.

Negare che un soggetto sottoposto a restrizione sia libero di autodeterminarsi per la propria condizione è in manifesto contrasto con la finalità rieducativa della pena: il fondamentale principio costituzionale sancito dall'art. 27, comma 3, infatti, muove proprio dall'opposta base di partenza, secondo la quale il detenuto, capace di autodeterminarsi, può risocializzarsi e comprendere il disvalore della propria condotta.

L'idea che aleggia, inoltre, di equiparare il detenuto che rifiuta di alimentarsi all'incapace di intendere e di volere non può essere condivisa<sup>39</sup>: da un lato, anche ammettendo che uno stato di "incapacità" sopraggiunga, si tratterebbe di un indebolimento delle facoltà cognitive che interviene, generalmente, nella fase avanzata

<sup>37</sup> Vedi anche *retro* le osservazioni svolte al § III. Così, nella già menzionata Posizione (B), in CNB, *Risposta ai quesiti del Ministero della Giustizia*, cit., p. 13, si è concluso rilevando che «non vi sono motivi giuridicamente e bioeticamente fondati che consentano la non applicazione della legge sul consenso informato e le DAT nei confronti di persona detenuta» e ciò vale anche se la stessa ha intrapreso uno sciopero della fame. Sul punto, cfr. le preziose riflessioni di RISICATO (2023), pp. 77 ss.; cfr. altresì PULITANÒ (2023a), pp. 1117 ss., che non ritiene comunque possibile ricorrere ad una nutrizione artificiale forzata nei confronti della persona detenuta in sciopero della fame. Concorda invece con la Posizione (A) del documento, redatta da Mauro Ronco, EUSEBI (2023). Secondo la maggioranza del CNB, nel caso di imminente pericolo di vita, quando non si è in grado di accertare la volontà attuale del detenuto, il medico non è esonerato dall'attuare tutti quegli interventi atti a salvargli la vita (sempre secondo la Posizione (A), le DAT sono incongrue, e dunque inapplicabili, ove siano subordinate all'ottenimento di beni o alla realizzazione di comportamenti altrui, in quanto utilizzate al di fuori della *ratio* della l. n. 219/2017).

I problemi sollevati dagli scioperi della fame di uno o più soggetti detenuti rilevano, dal punto di vista giuridico, su diversi piani, che coinvolgono anche i presupposti (o meno) per ottemperare alle richieste degli scioperanti e la posizione di garanzia ricoperta dalle autorità penitenziarie: in proposito, cfr., tra gli altri, nella letteratura giuspenalistica, FIANDACA (1982), pp. 370 ss.

<sup>38</sup> Si veda VIGANÒ (2023a), p. 13. Per un'accurata disamina critica della giurisprudenza della Corte EDU in tema di *hunger strike* (sciopero dell'alimentazione, secondo la corretta terminologia della Corte), con particolare riferimento alla recente sentenza dell'8 marzo 2023, *Yakovlyev c. Ukraine* (ric. n. 42010/18), cfr. le riflessioni di CIUFFOLETTI, *Fame, diritto e alimentazione forzata: un'analisi della giurisprudenza CEDU*, in *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, n. 1, 2023, pp. 66 ss., nell'ambito del *Forum* «Analisi della risposta del CNB ai quesiti sul caso Cospito», con interventi anche di: Lorenzo d'Avack (pp. 55 ss.); Enrico Daly (pp. 92 ss.); Grazia Zuffa (pp. 116 ss.) e Maurizio Mori (pp. 128 ss.).

<sup>39</sup> Sul punto cfr. il documento, frutto delle considerazioni maturate da alcuni componenti del Gruppo di Lavoro "Un diritto gentile" e coordinato da BUSATTA, PICCINI, RODRIGUEZ, MARSICO e ZATTI (2023), ove si evidenzia correttamente che, anzitutto, «il medico ha il dovere di pianificare con la persona detenuta come procedere; ciò è possibile ricorrendo alla pianificazione delle cure (PCC), prevista dall'art. 5 della legge n. 219 del 2017».

dello sciopero della fame<sup>40</sup>; dall'altro, quella di rifiutare il nutrimento è una scelta di protesta maturata e perseguita ben prima di vertere in tale condizione. Sarebbe particolarmente grave invocare la vulnerabilità della persona detenuta per negarne la soggettività<sup>41</sup>.

Sia consentito, da ultimo, un ulteriore riferimento alla questione del «suicidio» e alla sua impropria equiparazione alla condizione del detenuto in sciopero della fame mediante la quale si è operato il tentativo di creare una base argomentativa che giustificasse il ricorso alla nutrizione artificiale forzata. Si ritiene, in proposito, di voler ribadire con fermezza che «il gesto di chi rifiuta di nutrirsi, consistente nella messa a repentaglio della propria vita, è rivolto a finalità diverse rispetto alla morte, esito sì accettato, ma non perseguito», in quanto lo sciopero della fame è per sua stessa natura una «seppur “estrema”, modalità di comunicazione»<sup>42</sup>, che può essere orientata da motivazioni e scopi diversi (afferenti alla propria condizione personale oppure a carattere generale, fino ad arrivare ad istanze che potremmo qualificare come politiche). Pertanto, qualsiasi equiparazione in tal senso finisce col confondere vicende che *in re ipsa* appartengono a categorie diverse<sup>43</sup> e a uniformare i relativi approcci alla materia, nonché i principi che vengono ad essere richiamati.

Il contrasto con la dignità (artt. 2 e 32 Cost.) di un trattamento sanitario contrario alla volontà della persona interessata, traducendosi in una lesione della sua autodeterminazione, della sua libertà morale e della sua integrità fisica, rende il ricorso alla nutrizione artificiale forzata una evidente violazione dei principi fondamentali su cui è edificato l'ordinamento italiano. Pertanto, risulta impossibile configurare eventuali “doveri di intervenire” in capo ai medici chiamati a nutrire artificialmente.

In proposito, si deve porre in evidenza – come sottolinea anche la citata sentenza della Corte EDU (*Yakovilev c. Ucraina* dell'8 marzo 2023) – che, diversamente, esiste l'obbligo di accertare una piena comprensione, da parte del paziente detenuto, delle conseguenze mediche dello sciopero dell'alimentazione, il quale si accompagna al dovere di rispettare il principio di una comunicazione continua tra medico e paziente durante lo sciopero e quello di verificare la volontarietà della scelta (tenendo conto che tale accertamento può risultare particolarmente complesso in situazioni di scioperi della

---

<sup>40</sup> In proposito, cfr. la posizione di ZATTI (2023), laddove afferma con chiarezza la possibilità per il detenuto, nel caso di sua incapacità, di esprimere la propria volontà – anche nella forma del rifiuto ai trattamenti sanitari salvavita - mediante le disposizioni anticipate di trattamento (DAT), le quali possono essere disattese soltanto nei casi espressamente previsti dall'art. 4, comma 5, della l. n. 219 del 2017.

<sup>41</sup> Sul punto cfr., in commento al citato parere del CNB, l'opinione di ZUFFA (2023), la quale evidenzia e «avanza riserve sull'inquadramento della questione, fra (diritto alla) autodeterminazione della persona detenuta rispetto alla sua salute e dovere dello Stato di proteggere la salute e la vita di quella stessa persona in quanto a lui affidata. Il fatto stesso che tale dovere di protezione si traduca, come in questo caso, nell'ipotesi di sospendere un diritto fondamentale è indizio di quanto tale cornice etico-concettuale sia debole, per non dire ingannevole».

<sup>42</sup> Si veda la Posizione (B) del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica CNB, *Risposta ai quesiti del Ministero della Giustizia*, cit., p. 9.

<sup>43</sup> Come si è già ricordato a nota 33, la questione del suicidio in carcere è stata ampiamente affrontata dal Comitato Nazionale per la Bioetica in un documento ad *hoc*, CNB, *Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici*, cit., *passim*.

fame collettivi dove la pressione di altri detenuti può essere un fattore determinante). Ciò posto, ribadisco che la condizione di detenzione non può essere richiamata per giustificare interventi coattivi, in quanto non implica di per sé una riduzione della capacità di esprimere un rifiuto informato e consapevole di trattamenti sanitari anche salvavita<sup>44</sup>.

A chiusura della presente riflessione, dunque, non può che ribadirsi quanto l'*habeas corpus*, così come i diritti che da esso discendono, attenga al legame inscindibile tra un *corpo* e il suo *titolare*<sup>45</sup>. È imprescindibile, quindi, che la persona detenuta che decida di rifiutare di nutrirsi sia sempre assistita dal personale sanitario con ogni azione di sostegno e, qualora si dovesse giungere ad una fase terminale, non sia costretta ad una nutrizione forzata artificiale, ma venga accompagnata verso una morte dignitosa con un'appropriata terapia del dolore e l'erogazione di tutte le cure palliative praticabili<sup>46</sup>.

---

<sup>44</sup> La dottrina più sensibile si oppone con nettezza al ricorso allo stato di necessità per sottoporre la persona detenuta ad una nutrizione artificiale forzata: nell'ambito degli scritti più recenti, VIGANÒ (2023a), p. 13; CAVALIERE (2023), p. 78; RISICATO (2023), pp. 77 ss. (laddove riprende anche le considerazioni di FIANDACA (1983), p. 240).

<sup>45</sup> Così, nella già menzionata Posizione (B), in CNB, *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), Risposta ai quesiti del Ministero della Giustizia*, cit., 13, si è concluso rilevando che: «Non vi sono motivi giuridicamente e bioeticamente fondati che consentano la non applicazione della legge n. 219 del 2017 ("*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*") nei confronti della persona detenuta e, per le ragioni che si sono esposte, ciò vale anche se questa ha intrapreso uno sciopero della fame». Con la medesima chiarezza cfr. il documento del Gruppo di lavoro "*Un diritto gentile*", cit., secondo cui «[...] non risultano né nell'ordinamento penitenziario né nelle leggi speciali che regolano lo *status* giuridico delle persone sottoposte a limitazioni delle libertà personale, disposizioni che consentano di procedere alla nutrizione forzata della persona detenuta che rifiuta di alimentarsi. Il mero fatto che un individuo si trovi sottoposto ad una limitazione della libertà personale, perché detenuto, non comprime la sua dignità umana, né trasferisce la disponibilità dei suoi diritti fondamentali in capo alle autorità».

<sup>46</sup> Ritengo fondamentale riportare l'articolo 53 del Codice di Deontologia medica (2014) inerente direttamente al tema: «Il medico informa la persona capace sulle conseguenze che un rifiuto protratto di alimentarsi comporta sulla sua salute, ne documenta la volontà e continua l'assistenza, non assumendo iniziative costrittive né collaborando a procedure coattive di alimentazione o nutrizione artificiale» (sul punto, cfr. anche le considerazioni di CASONATO (2023), pp. 50 ss.). Di estrema importanza anche i punti 5, 6 e 23 della *Dichiarazione di Malta* (1991, aggiornata al 2017) della *World Medical Association* sull'alimentazione forzata. Alla *Dichiarazione di Malta* e alle linee guida concernenti la tortura e i trattamenti crudeli, umani e degradanti di persone detenute fa riferimento anche la citata sentenza della Corte EDU nel caso *Yakovlyev c. Ukraine*: nel 2018 il ricorrente iniziava uno sciopero dell'alimentazione, insieme ad altri detenuti, per protestare contro le condizioni di detenzione subite nel carcere di Zamkova. In seguito, su ordine del Tribunale di Izyaslav, il detenuto veniva sottoposto ad alimentazione forzata per cinque giorni consecutivi: la procedura, secondo il racconto del ricorrente, durava da trenta a novanta minuti, in condizione di contenzione tramite ammanettamento con le mani dietro la schiena e trattenimento a opera di diversi agenti penitenziari, uno dei quali inseriva con forza uno speciale tubo di gomma in profondità nella sua gola causandogli gravi dolori e soffocamento.

## 6. Habeas corpus della persona malata e illegittimità della contenzione meccanica.

Il principio dell'intangibilità del corpo umano va rimarcato anche di fronte alle "nuove frontiere" della tutela della libertà personale che non coincidono con l'originaria idea dell'*habeas corpus* e si riferiscono a contesti sanitari.

In questa sede mi limito a richiamare la questione della legittimità dell'applicazione di misure di contenzione meccanica (*mechanical restraint*): si tratta dell'utilizzo di dispositivi applicabili al corpo o allo spazio circostante la persona per limitarne la libertà dei movimenti volontari. La contenzione meccanica deve essere ricondotta, dunque, al *genus* delle misure coercitive, ossia quegli interventi che prescindono o non trovano il consenso del paziente: si fa riferimento alla "legatura", ai mezzi applicati alla persona malata allettata o seduta volti a limitare la libertà di movimento dell'intero corpo o di parti di esso (dai bracciali per immobilizzare polsi e caviglie, dalle fasce addominali per bloccare al letto o alla carrozzina, alle fasce pelviche, ecc.).

I soggetti più esposti alla contenzione meccanica sono i pazienti psichiatrici e gli anziani: l'uso di tali misure coercitive non può essere inquadrato nell'ambito concettuale degli atti medici o sanitari e non persegue finalità terapeutiche<sup>47</sup>; al contrario, la contenzione meccanica è una pratica pericolosa per la salute fisica e mentale. I rischi fisici includono conseguenze osteomuscolari, alterazioni della funzione cardiaca ed epatica e, nei casi più gravi, complicanze tromboemboliche con esito letale<sup>48</sup>. Per ciò che riguarda i rischi per la salute mentale sono ampiamente documentati i disturbi post-traumatici da stress nelle persone sottoposte a contenzione meccanica e vengono posti in evidenza anche quelli nelle persone che attuano o assistono a pratiche di contenzione<sup>49</sup>.

La consapevolezza che la contenzione non costituisce un atto terapeutico assume un significato pregnante e comporta conseguenze di fondamentale importanza: resta escluso, infatti, che essa possa ricadere nell'ambito di applicazione dell'art. 32 Cost. Pertanto, la contenzione può essere ammissibile solamente ove ricorrano i presupposti richiesti dall'articolo 13 Cost., che impone, per qualsiasi restrizione della libertà personale, una riserva di legge, che ha natura assoluta, e una riserva di giurisdizione (che esige un atto motivato dall'autorità giudiziaria). L'art. 13 Cost. infatti «appronta una

---

<sup>47</sup> In questa prospettiva, si segnala, tra le altre pronunce, la nota sentenza Mastrogiovanni (Cass. pen., Sez. V, 7 novembre 2018, n. 50497) che afferma con particolare chiarezza che la contenzione costituisce «un presidio restrittivo della libertà personale che non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente [...] svolgendo una mera funzione di tipo "cautelare", essendo diretta a salvaguardare l'integrità fisica del paziente, o di coloro che vengono a contatto con quest'ultimo, allorquando ricorra una situazione di concreto pericolo per l'incolumità dei medesimi». In riferimento alla Corte di Strasburgo, la recentissima sentenza *Lavorgna c. Italia* (Corte EDU, 7 novembre 2024, (ric. n. 8436/21), riguardo alla quale si veda la scheda di sintesi su questa *Rivista* pubblicata l'8 novembre 2024, [Contenzione meccanica prolungata in una struttura psichiatrica: la Corte EDU condanna l'Italia per violazione dell'art. 3 CEDU](#)), ha riscontrato unanime – nel caso di un ragazzo diciannovenne, contenuto fisicamente per otto giorni, e nel complesso per ventuno giorni, se si considera anche la contenzione chimica – la violazione dell'art. 3 CEDU sia nel suo profilo sostanziale sia in quello procedurale.

<sup>48</sup> In proposito, si veda lo studio di KERSTING *et al.* (2019), pp. 10 ss.

<sup>49</sup> Cfr. FIORITTI e MARCACCI (2016), pp. 289 ss.

tutela che è centrale nel disegno costituzionale, avendo ad oggetto un diritto inviolabile, quello della libertà personale, rientrante tra i valori supremi, quale indefettibile nucleo essenziale dell'individuo, non diversamente dal contiguo e strettamente connesso diritto alla vita ed all'integrità fisica, con il quale concorre a costituire la matrice prima di ogni altro diritto, costituzionalmente protetto della persona»<sup>50</sup>.

Preso atto dell'assenza di un ancoraggio normativo alla pratica della contenzione<sup>51</sup>, la "legatura" del paziente – che può integrare la disposizione incriminatrice del sequestro di persona (art. 605 c.p.)<sup>52</sup> – non può trovare giustificazione nella scriminante dell'adempimento di un dovere (art. 51 c.p.), ma eventualmente in quelle della legittima difesa (art. 52 c.p.) e dello stato di necessità (art. 54 c.p.), nelle ipotesi di soccorso difensivo o di necessità<sup>53</sup>.

Sotto il profilo dell'inquadramento normativo, dunque, la contenzione meccanica si pone al di fuori della sfera di liceità. Il discorso non si esaurisce in un'ottica puramente normativa: in effetti, rappresenta ormai un patrimonio comune l'idea che una visione paternalistica del rapporto tra medico e paziente non sia più sostenibile. Questa relazione deve essere letta con uno sguardo radicalmente diverso rispetto al passato: anzitutto, assegnando un rilievo preminente – in sintonia a quanto avviene, in modo ormai sedimentato, nelle esperienze di cultura angloamericana – all'*habeas corpus*<sup>54</sup>.

In questa prospettiva, ha svolto un ruolo di fondamentale importanza il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, *La contenzione: problemi bioetici*, del 23 aprile 2015<sup>55</sup>. Per sintetizzare la presa di posizione del CNB ritengo utile riportare testualmente alcune parole del parere, che testimoniano l'importanza di una svolta anche sul piano culturale. In particolare, in un riassuntivo passaggio, vi si legge che «il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l'*extrema ratio* e si deve ritenere

<sup>50</sup> Corte cost., 9 luglio 1996, n. 238; nella successiva giurisprudenza costituzionale cfr. altresì, tra le altre pronunce, Corte cost., 10 aprile 2001, n. 105; Corte cost., 25 luglio 2001, n. 298 e Corte cost., 6 dicembre 2001, n. 388.

<sup>51</sup> Si deve ritenere che l'art. 60 R.D. 16 agosto 1909, n. 615 recante il «Regolamento sui manicomi e sugli alienati», che autorizzava la contenzione meccanica del paziente psichiatrico, sia stato abrogato dalla legge 13 maggio 1978, n. 180 (così Cass. pen., Sez. V, 20 giugno 2018, n. 50497, consultabile a <https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/d/6368-contenzione-del-paziente-psichiatrico-e-sequestro-di-persona-lantigiuridicit -e-esclusa-solo-entro>, 10 dicembre 2018, con nota di LAZZERI).

<sup>52</sup> Aggravato, ai sensi dell'art. 61, n. 11-*sexies*, dal fatto di «aver, nei delitti non colposi, commesso il fatto in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, ovvero presso strutture socio-educative». In giurisprudenza, si è fatto riferimento anche ai reati di violenza privata (art. 610 c.p.), di maltrattamenti contro familiari e conviventi (art. 572 c.p.), di abuso di mezzi di correzione o di disciplina (art. 571 c.p.); riferimenti in SALVI (2022), pp. 1 ss.

<sup>53</sup> Così, con chiarezza, DODARO (2020), p. 394 s. e, nella giurisprudenza, la già citata pronuncia, Cass. pen., Sez. V, 20 giugno 2018, n. 50497.

<sup>54</sup> Sulla valenza dell'*habeas corpus*, nell'accezione qui accolta in riferimento al contesto sanitario, si consenta di rinviare anche alle mie riflessioni in CANESTRARI (2015), pp. 12 ss.; 81 ss.

<sup>55</sup> A tale riguardo, non è secondario sottolineare che tale documento, redatto dalla Prof.ssa Grazia Zuffa, alla quale rivolgo un ricordo commosso, e dal sottoscritto, è stato votato all'unanimità, cfr. [https://bioetica.governo.it/media/1808/p120\\_2015\\_la-contenzione-problemi-bioetici\\_it.pdf](https://bioetica.governo.it/media/1808/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf).

che – anche nell’ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio – possa avvenire solamente in situazioni di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi. In altre parole, non può essere sufficiente che il paziente versi in uno stato di mera agitazione, bensì sarà necessaria, perché la contenzione venga “giustificata”, la presenza di un pericolo grave e attuale che il malato compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi. Nel momento in cui tale pericolo viene meno, il trattamento contenitivo deve cessare».

Nelle raccomandazioni formulate nella parte finale del documento e rivolte anche agli attori istituzionali, in particolare Governo e Regioni, il CNB, dopo aver preso atto e condannato l’applicazione estensiva della contenzione, esorta a: «Predisporre programmi finalizzati al superamento della contenzione nell’ambito della promozione di una cultura generale della cura rispettosa dei diritti, agendo sui modelli organizzativi dei servizi e sulla formazione del personale»<sup>56</sup>. In questa direzione, desidero sottolineare con grande soddisfazione che due Regioni italiane, l’Emilia-Romagna e il Friuli-Venezia Giulia, dopo avere attuato strategie per l’azzeramento della contenzione meccanica nei servizi di psichiatria, hanno esteso l’obiettivo “contenzione zero” a tutta la rete dei reparti ospedalieri e delle residenze per anziani e disabili<sup>57</sup>.

In definitiva, il ricorso alla contenzione meccanica non determina l’insorgenza di una responsabilità penale soltanto quando esso possa essere considerato abusivo: la contenzione meccanica, che non può rientrare nell’ambito concettuale degli atti medici, comporta di per sé una violazione dell’*habeas corpus*, dei diritti fondamentali della persona umana.

## 7. Rilievi di sintesi.

In chiusura del presente contributo, desidero tracciare una linea che riprenda quanto si è ribadito sin dall’inizio della riflessione. Il percorso che si è snodato nelle pagine dello scritto, invero, ha condotto a evidenziare i motivi per cui il giurista penalista continua ad avvertire la necessità di affermare con forza la vigenza di un principio che costituisce una delle fondamenta dello Stato di diritto. La diversità delle situazioni che si sono prese in considerazione – dall’inizio e fine vita, sino allo sciopero della fame dei

---

<sup>56</sup> Sul punto, cfr. CANESTRARI (2017), pp. 31 ss.

<sup>57</sup> Per ciò che riguarda l’Emilia-Romagna, si veda il documento «Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale», approvato nel febbraio del 2021 (Bollettino n. 74 del 18 marzo 2021 (Parte Seconda), «Approvazione del documento di indirizzo tecnico alle strutture sanitarie della Regione in materia di buone pratiche per la prevenzione della contenzione», liberamente consultabile su <https://bur.regione.emilia-romagna.it/>).

Esiste quindi la possibilità di sostenere con forza la praticabilità dell’approccio *No Restraint*, rispetto al quale si auspica che continui ad essere affermato anche in sede parlamentare, dove, nel mese di settembre del 2024, è iniziata, in sede redigente, la discussione dei disegni di legge presentati da diversi gruppi parlamentari in tema di tutela della salute mentale. Lo stato dei lavori e il testo dei disegni di legge sono consultabili all’indirizzo <https://www.senato.it/>.

detenuti e alla contenzione meccanica – consente infatti di rilevare come i contesti in cui la persona corre il pericolo di non vedersi garantito il diritto alla sovranità su se stessa sono molteplici. Pertanto, la difesa dell'*habeas corpus* assume, ancora e più che mai, una valenza concreta e decisiva.

## Bibliografia

Barbera, Augusto (2013): "Un moderno "Habeas Corpus"?", *Quaderni costituzionali*, 27 giugno 2013, pp. 1-14;

Bartoli, Roberto (2021): "Le problematiche del fine vita tra orientamenti della Corte costituzionale e proposta di referendum abrogativo", *Sistema penale*, 11, pp. 5-22;

Busatta, Lucia, Piccinni, Mariassunta, Rodriguez, Daniele, Marsico, Gaia e Zatti, Paolo (2023) (coord. da), *Sciopero della fame. I diritti della persona detenuta che rifiuta di alimentarsi e doveri di protezione*, in *www.quotidianosanita.it*, 22 febbraio 2023;

Canestrari, Stefano (2014): *Bioetica e diritto penale. Materiali per una discussione*, 2<sup>a</sup> ed., (Torino, Giappichelli);

Canestrari, Stefano (2015): *Principi di biodiritto penale*, 1<sup>a</sup> ed., (Bologna, Il Mulino);

Canestrari, Stefano (2017): "La contenzione: parere del Comitato Nazionale per la Bioetica", in Azienda USL di Bologna (a cura di), *Liberi dalla contenzione. Il percorso di superamento della contenzione dell'Azienda USL di Bologna* (Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli Editore), pp. 31-38;

Canestrari, Stefano (2018): "La legge n. 219 del 2017 in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento", *Legislazione penale*, 19 dicembre 2018, pp. 1-19;

Canestrari, Stefano (2021): *Ferite dell'anima e corpi prigionieri. Suicidio e aiuto al suicidio nella prospettiva di un diritto liberale e solidale* (Bologna, Bononia University Press);

Canestrari, Stefano (2023a): *Principi di biodiritto penale*, 2<sup>a</sup> ed. (Bologna, Il Mulino);

Canestrari, Stefano (2023b): "Gli interrogativi di un diritto penale liberale e solidale dinnanzi alle sfide poste dall'aiuto medico a morire", in Faralli, Carla, Canestrari, Stefano, Lanzillotta, Monica e Riscato, Lucia (a cura di): *Il punto sull'eutanasia: dal diritto alla letteratura* (Pisa, Pacini Giuridica), 2023, pp. 35-54;

Canestrari, Stefano e Caproni, Maria Letizia (2021): "Suicidio e aiuto al suicidio: diritto e psicoanalisi in dialogo", *disCrimen*, 27 gennaio 2021, pp. 1-25;

Casonato, Carlo (2023): “Salute e carcere: la posizione del Comitato Nazionale per la Bioetica”, in Fornasari, Gabriele e Menghini, Antonia (a cura di): *Salute e carcere*, (Napoli, Editoriale Scientifica), pp. 43-56;

Casonato, Carlo e Pugiotto, Andrea (2023): “Il Caso Cospito come sineddoche e il controverso parere del Comitato Nazionale per la Bioetica”, *Quaderni costituzionali*, 2, pp. 411-413;

Cavaliere, Antonio (2023): “‘Diritti’ anziché ‘beni giuridici’ e ‘principi’ in diritto penale?”, *Sistema penale*, 10, pp. 63-92;

Ciuffoletti, Sofia (2023): “Fame, diritto e alimentazione forzata: un’analisi della giurisprudenza CEDU”, *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, 1, pp. 66-91;

Colombo, Asher Daniel e Dalla Zuanna, Gianpiero (2023): “La demografia del fine vita”, *Rassegna italiana di sociologia*, pp. 491-534;

Consulich, Federico (2024): “La morte medicalmente assistita e la tentazione dell’*overruling*: il significato ambiguo del trattamento di sostegno vitale”, *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, pp. 1071-1101;

Dodaro, Giandomenico (2020): “Tutela penale della libertà personale e culture del controllo in psichiatria”, *Diritto penale contemporaneo – Rivista trimestrale*, n. 3, pp. 388-400;

Donini, Massimo (2019): “Il caso Fabo/Cappato fra diritto di non curarsi, diritto a trattamenti terminali e diritto di morire. L’opzione “non penalistica” della Corte costituzionale di fronte a una trilogia inevitabile”, in Marini, Francesco Saverio e Cupelli, Cristiano (a cura di): *Il caso Cappato. Riflessioni a margine dell’ordinanza della Corte costituzionale n. 207 del 2018* (Napoli, E.S.I.), pp. 113-129;

Donini, Massimo (2020): “*Libera nos a malo*. I diritti di disporre della propria vita per la neutralizzazione del male”, in D’Alessandro, Giovanni e Di Giovine, Ombretta (a cura di): *La Corte costituzionale e il fine vita. Un confronto interdisciplinare sul caso Cappato-Antoniani* (Torino, Giappichelli), pp. 205-236;

Donini, Massimo (2021): “Il senso “ammissibile” del quesito referendario sull’aiuto a morire”, *Sistema penale*, 30 novembre 2021, pp. 1-6;

Donini, Massimo (2022): “L’inammissibilità del referendum sul fine vita: una politica dei diritti per persone vulnerabili, ma non per quelle vulnerate”, *Giurisprudenza costituzionale*, pp. 1189-1201;

Eusebi, Luciano (2023): “Sciopero della fame: è possibile intervenire per evitare la morte?”, *disCrimen*, 21 aprile 2023, pp. 1-4;

Facchi, Alessandra (2018): "Sulle radici della proprietà di sé", *Materiali per una storia della cultura giuridica*, n. 2, pp. 427-442;

Ferrajoli, Luigi (2010): "Diritti fondamentali e bioetica. La questione dell'embrione", in Rodotà, Stefano e Zatti, Paolo (diretto da): *Trattato di biodiritto*, vol. *Ambito e fonti del biodiritto*, a cura di Rodotà, Stefano e Tallacchini, Mariachiara (Milano, Giuffrè), pp. 231-257;

Fiandaca, Giovanni (1983): "Sullo sciopero della fame nelle carceri", *Foro italiano*, II, pp. 235-242;

Fioritti, Angelo e Marcacci, Thomas (2016): "Coercion in Europe", in Molodynski, Andrew, Rugkåsa, Jorun e Burns, Tom (a cura di): *Coercion in Community Mental Health Care: International Perspectives* (Oxford, Oxford University Press), pp. 289-300;

Fornero, Giovanni (2023): *Il diritto di andarsene. Filosofia e diritto del fine vita tra presente e futuro* (Torino, UTET);

Francescutto, Sofia (2017): "L'aborto ostacolato", *il Mulino*, 4, pp. 612-619;

Gatta, Gian Luigi (2023): "Surrogazione di maternità come "reato universale"? A proposito di tre proposte di legge all'esame del Parlamento", *Sistema penale*, 5, pp. 153-156;

Giubilini, Alberto e Minerva, Francesca (2013): "After-birth Abortion: Why Should the Baby Live?", *Journal of Medical Ethics*, 39(5), pp. 261-263;

Kersting, Xenia A.K., Hirsch, Sophie e Steinert, Tilman (2019): "Physical Arm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients. A Systematic Review", *Frontiers in Psychiatry*, pp. 1-19;

Lazzeri, Francesco (2023): "Sciopero della fame e interventi salvavita contro la volontà espressa in precedenza dalla persona detenuta: le posizioni emerse in seno al Comitato Nazionale per la Bioetica", *Sistema penale*, 7 marzo 2023;

Locke, John (1690): *Second treatise of government* (1690) (Indianapolis, Hackett Pub. Co. Inc., 1980);

Manacorda, Stefano e Colacurci Marco (2024): "Il reato universale? Una riflessione critica sul ricorso alla extraterritorialità nel sistema penale italiano", *Archivio penale (web)*, 3, pp. 1-35;

Mill, John Stuart (1991): *Saggio sulla libertà* (1859) (trad. it. Stefano Magistretti, Milano, Il Saggiatore);

Orsi, Luciano (2020): "Uno sguardo medico sull'aiuto a morire", *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, pp. 51-71;

Padovani, Tullio (2022): “Riflessioni penalistiche circa l’ammissibilità del referendum sull’art. 579 c.p.”, in Brunelli, Giuditta, Pugiotta, Andrea e Veronesi, Paolo (a cura di): *La via referendaria al fine vita. Ammissibilità e normativa di risulta del quesito sull’art. 579 c.p.*, Atti del Seminario, Ferrara, 26 novembre 2021, Forum di quaderni costituzionali. Rassegna, I, pp. 20-29. Pubblicato in [www.amicuscuriae.it](http://www.amicuscuriae.it);

Pasquino, Teresa (2022): “Sul ruolo delle cure palliative e della terapia del dolore nel fine vita”, *Responsabilità medica*, pp. 113-116;

Pazé, Valentina (2023): *Libertà in vendita* (Torino, Bollati Boringhieri);

Pulitanò, Domenico (1982): “Sullo sciopero della fame di imputati in custodia preventiva”, *Questione giustizia*, pp. 369-380;

Pulitanò, Domenico (2022): “Morte assistita. Forza dei fatti e problemi della politica”, *Sistema penale*, 7 luglio 2022, pp. 1-13;

Pulitanò, Domenico (2023a): “Sciopero della fame e rifiuto di trattamenti salvavita, tra bioetica e diritto”, *Diritto penale e processo*, 9, pp. 1117-1120;

Pulitanò, Domenico (2023b): “Sulle attuali politiche del diritto penale”, *Sistema penale*, 1 giugno 2023, pp. 1-17;

Risicato, Lucia (2023): “Il confine tra ciò che è giusto e ciò che è consentito. Considerazioni a margine del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sul caso Cospito”, *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 1, pp. 77-89;

Rodotà, Stefano (2010): “Il nuovo *habeas corpus*: la persona costituzionalizzata e la sua autodeterminazione”, in Rodotà, Stefano e Zatti, Paolo (diretto da): *Trattato di biodiritto*, vol. *Ambito e fonti del biodiritto*, a cura di Rodotà, Stefano e Tallacchini, Mariachiara (Milano, Giuffrè), pp. 169-230;

Rodotà, Stefano (2017): “Dal soggetto alla persona. Trasformazioni di una categoria giuridica”, *Filosofia politica*, 3, pp. 365-377;

Romeo Casabona, Carlos María (2021): “Suicidio y eutanasia”, in Id. (a cura di), *Tratado de Derecho y Envejecimiento* (Madrid, Fund. Mut. Abog., Wolters Kluwer España), pp. 483-539;

Rousseau, Jean-Jacques (2003): *Il contratto sociale* (1762) (trad. it. Jole Bertolazzi, Milano, Feltrinelli);

Salvi, Clementina (2022): “È il momento di slegare”, *Diritto penale e uomo*, 2 febbraio 2022, 1-20;

Seminara, Sergio (2011): “La dimensione del corpo nel diritto penale”, in Rodotà, Stefano e Zatti, Paolo (diretto da): *Trattato di biodiritto*, tomo I, *Il governo del corpo*, a cura

di Canestrari, Stefano, Ferrando, Gilda, Mazzoni, Cosimo Marco, Rodotà, Stefano e Zatti, Paolo (Milano, Giuffrè), pp. 189-230;

Seminara, Sergio (2023): “Considerazioni sul documento “Disposizioni in materia di aiuto medico a morire””, *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, pp. 199-202;

Singer, Peter (1989): *Etica pratica* (1979) (trad. it. Giampaolo Ferranti, Napoli, Liguori);

Tooley, Michael (1972): «Abortion and Infanticide», *Philosophy and Public Affairs*, 24(2), pp. 37-65;

Vallini, Antonio (1998): “Il significato giuridico-penale del previo dissenso verso le cure del paziente in stato di incoscienza”, *Rivista italiana diritto e procedura penale*, pp. 1426-1436;

Veronesi, Paolo (2011): “Uno statuto costituzionale del corpo”, in Rodotà, Stefano e Zatti, Paolo (diretto da): *Trattato di biodiritto*, tomo I, *Il governo del corpo*, a cura di Canestrari, Stefano, Ferrando, Gilda, Mazzoni, Cosimo Marco, Rodotà, Stefano e Zatti, Paolo (Milano, Giuffrè), pp. 137-172;

Viganò, Francesco (2023a): “Diritto penale e diritti della persona”, *Sistema penale*, 13 marzo 2023, pp. 1-26;

Viganò, Francesco (2023b): “Diritti fondamentali e diritto penale al congedo dalla vita: esperienze italiane e straniere a confronto”, *Sistema penale*, 12 gennaio 2023, pp. 1-37;

Zatti, Paolo (2011): “Principi e forme del “governo del corpo””, in Rodotà, Stefano e Zatti, Paolo (diretto da), *Trattato di biodiritto*, tomo I, *Il governo del corpo*, a cura di Canestrari, Stefano, Ferrando, Gilda, Mazzoni, Cosimo Marco, Rodotà, Stefano e Zatti, Paolo, (Milano, Giuffrè), pp. 99-135;

Zatti, Paolo (2023): “Sciopero della fame e diritti della persona detenuta che rifiuta di alimentarsi”, *P&D*, 21 marzo 2023;

Zuffa, Grazia (2023): “Caso Cospito. Sul parere del Comitato Nazionale per la Bioetica”, in <https://centroriformastato.it>, 17 marzo 2023, pp. 1-6